ACADÉMIE DE NICE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux de l'Éducation nationale des Alpes-Maritimes

Annexe 4 Volet 1 Fiche médicale d'aptitude au titre du handicap (réservée à l'établissement d'origine)

Fiche médicale d'aptitude pour l'affectation en lycée (LEGT / LP) à destination des élèves avec un handicap - Rentrée 2025

Identifiant élève OBLIGATOIRE : **Date de naissance :**

Nom de l'élève : **Prénom :** ☐ **Fille** ☐ **Garçon**

Nom du responsable(s) légal(aux) :

Adresse : Ville : Téléphone : Mél :

Classe actuelle : ☐ 3ème G ☐ 3ème SEGPA ☐ 3ème Prépa Métiers ☐ 3ème ULIS ☐ MLDS ☐ 2de GT ☐ 2de Pro ☐ 1CAP2 ☐ Autres (à préciser) :

Rang Vœu	2de GT, 2nde Pro 1ère année de CAP, 1ère ,	Intitulé de la formation demandée	Etablissement : Nom et Ville
1			
2			
3			
4			
5			

Date et signature responsable(s) légal (aux) :

Scolarité (à renseigner par l'établissement) :

Des aides et/ou adaptations ont-elles été mises en place dans le cadre :

D'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? Oui ☐ Non ☐ D'un projet Personnalisé de scolarisation (P.P.S.) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles :

Adaptations pédagogiques Oui ☐ Non ☐

Aides humaines Oui ☐ Non ☐

Aides matérielles Oui ☐ Non ☐

Prise en charge thérapeutique et éducative au sein de l'établissement scolaire Oui ☐ Non ☐

Prise en charge thérapeutique et éducative hors milieu scolaire Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser :

Date et signature du chef d'établissement

Avis du Psychologue de l'Education Nationale :

Avis ☐ Très favorable ☐ Favorable ☐ Réservé

Un compte-rendu est-il envoyé en complément Oui ☐ Non ☐

Avis du médecin relevant du secteur :

☐ Il n'y a pas de contre-indication absolue à l'orientation envisagée pour les vœux (entourer le n° du ou des vœux concernés) **V1 V2 V3 V4 V5 Autres exprimés** :

☐ Il y a une contre-indication médicale absolue à l'orientation envisagée pour les vœux (entourer le n° du ou des vœux concernés) **V1 V2 V3 V4 V5 Autres exprimés** :

☐ Formuler des réserves sur les vœux (entourer le n° du ou des vœux concernés) **V1 V2 V3 V4 V5 Autres exprimés** :

☐ Y a-t-il une contre-indication formelle à une section d'enseignement autre que celle(s) demandées ? Oui ☐ Non ☐

☐ L'élève a-t-il des raisons d'être affecté(e) dans un établissement particulier (suivi médical, accessibilité…) ? Oui ☐ Non ☐

Fait à **le** **Cachet et signature du médecin de l'éducation nationale du secteur**

En cas de réserve ou de contre-indication médicale nécessitant la saisine de la commission médicale, le volet 1 de ce feuillet doit figurer dans le dossier complet transmis par l'établissement au plus tard le 4 avril 2025 (Cf note de cadrage).